

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

523

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet à 4 heure

PAR

M. Ed. RUEDA

Contribution à l'Etude

DE

L'HYSTÉRIE

avec différentes Maladies

Président : M. STRAUSS,

Juges: MM. } GILLES de la TOURETTE
CHASSEVANT
MARY

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

41 ET 43 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1896

853

523

THÈSE POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet à 4 heures

PAR

M. Ed. RUEDA

Contribution à l'Etude

DE

L'HYSTÉRIE

avec différentes Maladies

Président : M. STRAUSS,

**Juges : MM. } GILLES de la TOURETTE
 } CHASSEVANT
 } MARY**

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1896

A MA FAMILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs.	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	}	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale.		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale		LABOULBENE
		STRAUSS.
	}	G. SEE.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.		RAYMOND.
		BERGER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		TARNIER.
		PINARD.

Professeur honoraire

M. PAJOT

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOU-	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	RETTE.	NELATON.	THOINOT.
BONNAIRE.	GELY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté ; M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ASSOCIATION DE L'HYSTÉRIE
AVEC LES DIFFÉRENTES MALADIES

INTRODUCTION

Dans le service de notre maître le docteur Babinski nous avons pu juger par nous-mêmes de la fréquence de l'association de l'hystérie avec différentes affections, nous avons apprécié combien souvent il était difficile de faire chez un malade la part de l'hystérie et celle de l'affection concomitante. Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance pronostique et thérapeutique de cette dissociation. Si en effet, par un traitement suggestif on peut espérer faire disparaître quelques-uns des symptômes, il est bon de pouvoir affirmer quel sera pour les autres accidents l'avenir du sujet.

Les nombreux malades que nous avons vu présenter cette association et chez lesquels les signes de la névrose étaient considérés comme appartenant à l'autre maladie et vice-versa, nous ont fait choisir ce thème comme travail inaugural. Nous pensons être utile en réunissant quelque cas parmi lesquels pour les uns, le diagnostic s'impose et pour les autres, il faut une analyse très serrée pour reconnaître ce qui appartient à l'une et à l'autre maladie.

Nous tenons avant tout, à adresser nos plus vifs remerciements à M. le docteur Babinski qui, outre les nombreuses marques de sympathies qu'il nous a témoignées, a bien voulu nous guider au milieu des difficultés de la clinique.

Nous prions M. le professeur Strauss de vouloir bien être persuadé de nos sentiments de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Bien que connu depuis fort longtemps, l'hystérie resta confondue avec l'épilepsie, la neurasthémie, les états vésaniques; c'est Briquet, dans son traité de 1859, qui en a fait une entité morbide.

— A partir de cette époque seulement, on peut songer à reconnaître à côté d'elle chez un même malade, les signes d'autres affections, si avant cette année on a cité des faits d'hystérie et d'épilepsie associées, ils n'ont pas grande signification puisque ces deux nevroses n'étaient pas nettement distinguées l'une de l'autre.

Il s'agissait seulement d'hystérie à grandes crises, autrement dit d'hystéro-épilepsie.

Le 23 février 1852, entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de Briquet, la nommée Louise F..., qui demeura pendant deux ans atteinte de contractures hystériques, et vint le 25 septembre 1854, à la Salpêtrière. Charcot l'examina en janvier 1862 et le 25 janvier, il faisait une communication à la Société Médicale des Hôpitaux, signalant pour la première fois, l'association de l'hystérie avec une maladie organique, la sclérose des cordons latéraux. Il est à remarquer que c'est sur la même malade que, neuf ans après l'affirmation de l'hystérie en tant qu'entité morbide, que Charcot trouva la première fois des signes de lésion médullaire à côtés de symptômes hystériques.

Depuis cette communication, quelques années se sont passées, sans autres publications du même genre.

Le docteur Russel (1) publie le cas d'une jeune fille hystérique devenue choréique, à la suite d'une peur très violente; il insiste surtout sur l'insuccès du chloral. La malade est restée seulement un jour à l'hôpital. La description qu'en donne Russel, ne permet pas de dire s'il s'agit d'une vraie chorée ou d'une chorée rythmée, manifestation hystérique. Cette observation n'a donc aucune valeur au point de vue qui nous occupe.

Charcot (2) en 1876, fait connaître un cas de vertige de Menière, chez un sujet hystérique et un malade hystérique et épileptique, présentant alternativement les attaques des deux névroses.

Le jour suivant, à sa leçon inaugurale de la chaire de maladies nerveuses, Charcot (3) présente une malade atteinte de spasmes de l'orbiculaire des paupières et cite un cas de tic non douloureux de la face, chez une vieille hystérique.

En 1879, Janot (4) publie un cas de bronchite chronique associé à une toux hystérique et dans ses réflexions il insiste sur l'importance et l'utilité pour le traitement et le pronostic de déterminer la nature intime des phénomènes morbides.

(1) Russel. Med. times and Gaz. London, 1872.

(2) Charcot. Progrès médicale, 1876.

(3) Charcot. Leçons sur les maladies nerveuses.

(4) Janot. Revue médicale de Toulouse, 1879.

En 1880, Luthon (S.) (1) et Witchill (2) publient à peu de temps d'intervalle des cas d'association de l'hystérie avec la neurasthénie.

En 1887, Elben (R.) (3) raconte l'histoire d'une malade eclamptique et hystérique.

Uspenski (M. V.) (4) cite le cas d'une malade présentant à la fois une otite et crises hystériques.

Plaifor (5) relate le cas d'une femme atteinte d'une affection utérine ancienne, d'un épuisement nerveux et d'hystérie et s'occupe avant tout du traitement systématique des accidents nerveux.

Dans la même année un travail plus important est fait par Olier, qui présente à la Société médicale psychologique sur la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux nevroses considérées dans les deux sexes et en particulier chez l'homme. Dans un premier groupe l'auteur mentionne les cas où l'hystéro-épilepsie coexiste avec l'épilepsie établie primitivement chez le sujet; les deux

(1) Luthon (S) Neurasthénia and histeria cure by massage resh, fendis Chicago M. Gaz., 1880.

(2) Viséhill Neurasthenia and histeria and their treatment Chicago Med Gaz., 1880.

(3) Elben (R). 3 Falle Med Cor Bl. d. wurftemb arzt ver Stuttg, 1887.

(4) Uspenski M. V. Sluchai istéricheskoï gluchot poslie dvuchstovomjago gnoi-nago otita Laitofs Khiruyj. obsk v. Mosk. 1881.

(5) Plaifor. The Lancet, London 2 May et 4.

névroses se manifestent isolément et restent séparées dans les troubles qu'elles provoquent. Un deuxième groupe comprend les cas dans lesquels des accès d'épilepsie ou seulement de vertiges épileptiques se produisent entre les manifestations de l'hystérie, alors maladie primitive et principale. Dans un troisième groupe, se rangent les malades dont les attaquent renterment à la fois des phénomènes épileptiques et des accidents hystériques.

Dans les années de 1881 à 1886, deux observations ont été publiées, celle de Segui (1) et de Chavanis (2); dans la première, il s'agit d'hystéro-épilepsie et de chorée; dans la seconde, c'est une névrite du plexus brachial avec contracture chez une hystérique.

Grasset (3) dit que l'hystérie est fréquente dans la famille des tuberculeux où l'on voit quelques uns des sujets devenir hystériques, les autres tuberculeux; parfois les deux affections coexistent chez le même individu.

En 1886 on commence à s'occuper un peu plus de ce sujet Bordonì L. (4) communique un cas d'hyperthermie hystérique et d'urticaiaie.

(1) Segui. Hystero-epilepsi compliqué de Chorée.

(2) Shevanis. Observation de nervité du plexus brachial avec contracture chez une hystérique. Loire, Med. St-Etienne, 1884.

(3) Grasset. N. Montpellier médicale 1884.

(4) Bordonì. Ipertermia istérica periódica è urticaria concomitante Boll. de trat i cult et se méd. in Siena 1886.

M. Debove (1) déclare que l'anesthésie qui s'observe dans le saturnisme est de nature hystérique. Avant la communication de M. Debove des cas de saturnisme avec hemianesthésie avaient été publiés mais on considérait l'hémianesthésie comme une manifestation de l'intoxication par le plomb.

L'année suivante son élève, M. Achard (2) en relate de nouveaux cas. Charcot (3) et M. Letulle (4) approfondissent le sujet. Charcot démontre en même temps l'existence de l'hémianesthésie hystérique chez les alcooliques. A propos de l'intoxication mercurielle, M. Letulle (5) reprend les cas de la Thèse du Dr Jean, les cas du Dr Hallopeau, du Dr Aigne, de Maréchal et de Schouill qui considèrent les troubles nerveux comme un accident mercuriel ne relevant nullement de l'hystérie ; il les soumet à une analyse rigoureuse et montre en particulier l'analogie parfaite qui existe entre l'hémianesthésie mercurielle et l'hémianesthésie hystérique et, conclut à l'identité de nature des deux anesthésies. La première comme la seconde ne peut relever que de l'hystérie.

(1) Debove. — De l'apoplexie hystérique Bulletin médical 1886.

(2) Achard. — Apoplexie hystérique archiv. gén. de médecine janv. et fév. 87.

(3) Charcot. — Hemianiesthesie hystérique et hémianiesthésie toxique. Bulletin médical 87.

(4) Letulle. — De l'hystérie dans le saturnisme. Bull. méd. 87.

(5) Letulle. — De l'hystérie mercurielle soc. méd. des hop. 24 août 1887.

Guinon G. (1) publie deux cas de tics convulsifs et d'hystérie.

Dans les leçons du mardi de Charcot 87, 88, 89 on trouve des cas d'association de l'hystérie et des diverses affections. Nous citerons des cas d'hystérie associés avec la chorée ; la neurasthénie ; l'agoraphobie, claustrophobie, et vertige de Menière ; l'ataxie locomotrice ; le vertige de Menière ; paralysie infantile et parapégie alcoolique, le saturnisme, la sclérose en plaques, avec la maladie de Basedow, dégénérescence et morphinomanie.

Mathieu A. (2) et Burkart (3) communiquent des cas de neurasthénie et hystérie. Potain (4) publie un cas d'hystéro-épilepsie et exotoses-syphilitique. Greindenberg (5) relate une observation de paralysie agitante associée à l'hystérie.

Belin (6) dans sa thèse rapporte une observation de M. Babinski ayant trait à une paralysie faciale.

Laberge E. F. (7) tabes et hystéries associés ; hystérie et sclérose en plaques.

(1) Guinon G. — Maladies de tics et hystérie. Revue de médecine, juin 87.

(2) Neurasthénie et hystérie combinées. Progrès médical, Paris 1888

(3) Zur Behandlung der Hyst. und neurasth. Berlin Klin Wchnsch. 1887.

(4) Hystéro-épilepsie et exotose syphilitique. Gaz. des hôp. de Paris 1887.

(5) Case of hysteria und paralysis agitans Vvach. St-Petersb. 1888.

(6) Thèse Paris 1888. paralysie faciale organique et spasme facial hyst. obser. de Babinski.

(7) Tabes et hystérie associées, hystérie et sclérose en plaques. Gaz. Méd. de Montreal 1889.

Raymond (7) rhumatisme chronique et hystérie.

D'Aurelles de Palladini (8) a fait une thèse sur les associations morbides en pathologie nerveuse thèse dans laquelle se trouvent des paralysies alcooliques, chorée et maladie de Basedow chez les hystériques.

Seglas (9) écholalie mentale et hystérie.

En 90 et 91 Oppenheim (10) Remark (11) Mendel (12) Bernartski (13), Regnault (14), Bristowe (15), Souques (16), Guilberg (17), Siemerling (18), Gaboriaud (19), Mathieu (20), ont communiqué des cas d'association de l'hystérie avec la sclérose en plaques, la syringomylie, l'impaludine, la paralysie pseudo-hypertrophique, la neurasthénie, l'épilepsie, le tabes, la maladie de morvan, l'anomalie des centres nerveux le diabète insipide.

En 1892, Hughes (21), Mairet (22) et Chalin (23) relatent des cas d'association de l'hystérie avec la neurasthénie et l'épilepsie.

(7) Obs. de rhumatisme chronique associé à l'hystérie Progrès médical 1889.

(8) Thèse de Paris.

(9) Bulletins de la Société méd. des hôpitaux de Paris 1889.

(10) Neurologisches centralblatt 1890. (Sclérose en plaques, syringomyélite par. faciale et hyst.

(11) Neurologisches centralblatt 1890, hystérie et sclérose en plaques.

(12) Neurologisches centralblatt 1890, hystérie et paral. pseudo hypertr.

(13) hyst. et neurath Bolintch gaz Botknia St-Petersb. 1890.

Charcot (4) publie un cas de tabes et hystérie et en même temps fait remarquer la coexistence de l'hystérie avec le diabète, la goutte et asthmes, maladies dont on connaît la parenté.

Grasset dans ses leçons du 15 au 25 janvier publiées par le Dr Castan insiste beaucoup sur les associations hystero-organiques : entre autres hystérie et Syringomyelie sclérose en plaques.

M. Babinski (25) dans une communication très intéressante faite à la Société médicale des hôpitaux relate neuf observations d'association hystériques avec d'autres maladies ; hémiplegie spasmodique organique ; méningo-encéphalite diffuse ; paralysie faciale ; névrite périphérique ; neurasthénie ; cystite ; endométrite cervicale ; coxalgie organique et périarthrite scapulo humérale. Il insiste sur la difficulté de rattacher à la névrose certains symptômes sans méconnaître l'origine organique des autres signes. Diagnostic qui

(14) Hyst, et impaludisme, gaz des hôpitaux, Paris 1890.

(15) Clinical remarks on pseudo-péritonitès and épilepsie with histeria Brist M. J. London 1890.

(16) Thèse de Paris 1891, études des syndromes hystériques simulateurs. (Tabes et hyst. scl. en pl. et hyst.)

(17) Neurologisches centralblatt 1891. Veber einen mit Geistesstörung complicirten Fall von.

(18) Schwever hystérie welcher durch congenital anormalien des central nervensystem ausgezeichnet avar.

(19) hystérie et maladie de Morvan Gaz. de Nantes 1890.

(20) Diabète insipide chez un hystérique Bullet. mémor. Soc. méd. des hôpitaux Paris 1891.

a bien souvent son intérêt puis qu'il permet au médecin un pronostic et un traitement appropriés à l'une ou à l'autre affection.

Depuis quelques publications comme celles de Granel; (26), sur une affection organique des oreilles et hystérie, celle de Fournier (27), Clark (28), Richardson (29), et Parrachia (30) ont publié des cas de neurasthénie et hystérie. Pour notre part nous rapportons les observations jusqu'ici inédits que nous avons observé à la Pitié dans le service de M. Babinski. Hystérie et néoplasme intracranien; hystérie et lésion articulaire. Hystérie et atrophie papillaire; hystérie et syphilis héréditaire; hystéries et maladies de tics. En outre M. Babinski a bien voulu nous donner l'observation d'un enfant de sa clientèle atteint de paralysie infantile associée à l'hystérie.

(21) *Aliénist and neurologist* July 22 Saint-Louis (note on the hysterical concomitance of organic nervous disease).

(22) *Hystérie et épilepsie*, mercredi médical Paris 1892.

(23) *Hystérie et neurasthénie*, province médicale. Lyon 1892

(24) *Progrès médical* 1892.

(25) *Société médicale des hôpitaux* (séance du 10 novembre 1892).

(26) *Associazione dell'Istérismo con lesione organiche dell'orecchio*. *Gaz. d'Osp.* Milano 1893.

(27) *Hyst. et neurasthénie* Bull. Soc. Franç. de dermat. et syphilis Paris 1893.

(28) *Hyst. and neurast.* Brain London 1894.

(29) *Hyst. and neurast.* Columbus M. J. 1894.

(30) *Rara manifestazione dell'istero, nevasthenico* *Gaz d'app.* Milano 1895.

EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

1^{re} OBSERVATION

TUMEUR CÉRÉBRALE. — HYSTÉRIE

La nommée X., âgée de 38 ans, couturière, est rentrée à l'hôpital de la Pitié, salle Grisolles, le 11 octobre 1895.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'hémorrhagie cérébrale. Mère morte d'accident. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Elle a eu quatre enfants vivants qui se trouvent en parfaite santé.

Deux enfants morts, un de méningite à l'âge de sept ans, et l'autre d'accident.

Deux fausses-couches ; la première à trois mois et demi, et la seconde à quatre mois et demi.

Pas de maladies de l'enfance, mais elle a été toujours faible et sujete à des syncopes.

Depuis cinq à six ans, insomnies, douleurs de tête au niveau du vertex et du front, douleurs plus fortes pendant la nuit. Vertiges accompagnés de bourdonnements d'oreilles survenant cinq à six fois par jour ; quand le vertige est très intense il est accompagné de perceptions lumineuses et quelque fois de vomissements. Les douleurs ont présenté les mêmes caractères pendant deux ou trois ans ; il y a trois ans deux mois après la dernière fausse couche, les douleurs sont devenues continues, très vives, plus fortes pendant la nuit et en même temps des hallucinations de la vue ; parfois elle voit des animaux qui veulent se précipiter sur elle ; elle les compare à des bêtes rouges comme du feu.

Ces hallucinations ont duré 6 mois puis ont cessé tandis que la céphalée a persisté.

La malade n'a eu aucun signe de syphilis, elle n'a pas connu de maladie vénérienne à son mari qui pourtant a pris des pilules et de l'iodure de potassium. A l'hôpital de Troyes, où il a séjourné pendant les six derniers mois de sa vie, on l'a soigné au mercure ; il était alcoolique et il est mort fou.

La malade a eu pendant dix mois de l'œdème malléolaire douloureux avec une ulcération à la jambe gauche. En même temps diplopie et hémiopie. Cette hémiopie persiste pendant 5 à 6 mois, elle est intermittente survenant à la suite de vives douleurs de tête et quand l'hémiopie a disparu il persiste encore de la diplopie. Plus tard elle constate

un affaiblissement de la vue du côté gauche et de nouveau il y a hémiopie, Elle ne voyait que la moitié droite des objets et cette moitié était vue double, l'une des images était placée en avant de l'autre, plus claire et plus nette.

Ces phénomènes durent 5 à 6 mois puis disparaissent totalement, mais il y a diminution de l'acuité visuelle des deux côtés et depuis 18 mois la vue est complètement perdue à droite. Depuis 15 mois la paupière droite commence à tomber. La vue du côté gauche n'a pas diminué aussi vite qu'à droite et a persisté un peu : mais la malade accuse une sorte de brouillard.

Depuis janvier 95 elle a de la peine à ouvrir la paupière gauche. L'examen ophtalmoscopique a été fait par M. Panas en janvier 95, il a constaté : double ptosis intermittent, un peu plus accentué à droite avec paralysie complète de l'élévateur de la paupière supérieure. Pupille droite dilatée et immobile ne réagissant pas à la lumière, mais réagissant à l'accommodation, les mouvements associés sont conservés. Pupille gauche réagit normalement, iritis ancienne.

Les mouvements binoculaires en haut, en bas, à gauche (de la malade) sont conservés.

Tous les muscles oculaires fonctionnent à peu près, sauf le droit externe droit.

Le sens musculaire à droite est presque aboli.

Œil gauche : petit staphylome myopique en bas et en dehors. Œil droit : staphylome myopique, lésions maculaires.

Diagnostic : Atrophie optique.

11 avril 1895. — Un nouvel examen ophtalmoscopique donne : droit externe gauche, est aussi paresié que le droit externe droit ; le reste comme ci-dessus.

Il y a 2 ans la malade s'aperçoit successivement que le bras puis la jambe et la face du côté droit deviennent insensibles ; en même temps, elle accuse une diminution de l'ouïe, de l'odorat et du goût. Cette insensibilité est complète en deux mois et depuis reste stationnaire.

Il y a un an elle se plaint de fourmillement au membre supérieur droit, d'un peu d'œdème de la main droite et de douleurs intermittentes. Peu de temps après elle nota une diminution de la force du membre supérieur droit, et plus tard de la jambe droite, cette faiblesse est allée en augmentant progressivement jusqu'en juin dernier (1895).

Depuis un an il lui arrive parfois de ne pouvoir prononcer certains mots, sa langue est comme collée au plancher de la bouche et cet état dure d'un quart d'heure à trois heures.

Depuis la même époque elle perd un peu la mémoire. Quelquefois elle s'aperçoit avec étonnement le lendemain de ce qu'elle a fait la veille.

Elle a changé notablement de caractère ; elle est devenue très irritable et au même temps elle a des idées de suicide. Elle accuse des vertiges, le matin en se levant ou dans la

journee si elle se baisse et se relève, si elle exécute un mouvement brusque, quelquefois même au lit il lui semble qu'elle tourne sur elle-même et quelquefois elle tombe, mais ne perd pas connaissance.

Les vertiges existent depuis 5 à 6 ans, à la suite d'une contrariété elle se sentait tourner, était obligée de s'appuyer pour ne pas tomber.

Etat actuel (le 12 octobre 95). — La sensibilité au tact, à douleur et à la température a disparu du côté droit, donc hémianesthésie totale à droite.

La malade n'entend pas le bruit d'une montre, ne sent pas l'ammoniaque par la narine droite et ne sent pas la quinine déposée sur la moitié droite de la langue.

Du côté gauche, pas de troubles sensoriels.

Le sens musculaire est très diminué à droite ; aussi la malade ne se rend pas compte de la position qu'occupe dans le lit la jambe droite, elle a de la peine à trouver sa main droite avec la gauche.

Elle n'a pas la notion des mouvements qu'on imprime à ses membres supérieur et inférieur droit.

Le sens musculaire est normal à gauche.

Le réflexe rotulien est très fort à gauche, un peu moindre à droite. La percussion des tendons des muscles adducteurs du pied donne un réflexe fort des deux côtés, plus brusque

à gauche. Le réflexe du poignet du triceps brachial et du tendon d'Achille sont normaux, plutôt forts. Le réflexe pharyngien est aboli.

La malade marche sur le bord externe du pied gauche et sur la pointe du pied droit ; il semble que la position du pied gauche soit due à un spasme des muscles adducteurs.

La motilité est très diminuée dans le membre supérieur et inférieur droit, elle résiste à peine à l'extension ou à la flexion des membres. Pas d'épilepsie spinale.

Examen électrique. — Si on fait passer un courant faradique intense dans le bras droit, la malade n'éprouve rien. Si on fait passer un courant galvanique intense dans le même bras, on provoque une douleur et, à la suite, le passage du courant faradique est perçu et une rougeur avec élévation de la température locale se manifeste.

La tonicité du Sphincter vésical est notablement diminuée. Depuis deux ans il y a incontinence d'urine et parfois de la rétention.

La constipation est habituelle.

La pupille gauche réagit à l'accommodation et à la lumière. Ptosis droit et parexie de la paupière supérieure gauche. Cécité à droite, très notable affaiblissement de l'acuité visuelle. Avec cet œil elle distingue encore le jour et vaguement les doigts qu'elle peut compter.

13 Octobre. — L'impression de la lumière sur l'œil droit n'a aucune action sur les mouvements de la pupille droite ni de la pupille gauche. L'impression de la lumière sur l'œil gauche détermine une contraction de la pupille gauche en même temps que de la droite lorsqu'on ferme l'œil gauche la pupille gauche se dilate et la droite suit ce mouvement. Aucun trouble digestif ni respiratoire.

Les règles ont cessé depuis trois ans.

22 Octobre. — Réflexes cutanés conservés à droite ; réflexes de la cornée, de la paupière et des cils sont conservés quoique il y ait anesthésie à ce niveau.

Elle sent le passage d'un courant galvanique dans l'avant-bras puis on fait passer un courant faradique qu'elle sent également et ensuite quand on la pique fortement avec une épingle elle ressent une légère douleur qu'elle rapporte à une piqure ; tandis qu'avant le passage du courant elle ne sentait absolument rien et même après le premier examen électrique le passage des courants faradique et galvanique n'avait pu ramener la sensibilité à la douleur).

Dans le bras, l'épaule et la face, elle sent bien le passage du courant faradique qui est douloureux même sans que ce courant soit très fort. La piqure à la face est perçue également et mieux à la fin de l'examen qu'au début. Sens musculaire toujours nul.

25 Octobre. — La sensibilité est un peu revenue sans que pour cela on fasse précéder cet examen de l'application de courants galvaniques. Le sens musculaire est conservé pour les muscles de l'épaule mais toujours aboli pour les muscles du bras.

Elle sent la piqure lorsqu'elle est assez forte, mais ne peut encore la localiser que d'une façon très vague.

Le courant faradique est senti dès le début; à la fin de l'expérience elle arrive à sentir un courant très faible (bobine induite à l'extrémité de la bobine inductrice). La sensibilité est plus vive; la malade sent des piqures, mêmes faibles, dans tout le membre supérieur, mais elle ne peut encore localiser que celles de la main et du bras.

26 octobre. — Tandis qu'elle ne sent nullement si on lui remue les doigts et que le sens musculaire est absolument perdu si on lui ordonne de penser à un chiffre entre 1 et 30, par exemple, qu'on lui ferme les yeux et qu'on lui soulève régulièrement le pouce un certain nombre de fois, à un moment la malade résiste au soulèvement et ce mouvement coïncide avec l'indication du chiffre pensé.

Cette expérience a réussi du premier coup et toutes les fois. Si on lui soulève fortement le doigt un certain nombre de fois et qu'on lui dise ensuite de penser à un chiffre, le numéro pensé correspond au nombre de fois qu'on lui a soulevé le doigt.

Si on lui met un crayon dans les doigts, qu'on en applique la pointe sur une feuille de papier et qu'on lui dise de penser à un chiffre, elle inscrit sur le papier d'une façon assez distincte pour qu'on puisse lire le chiffre pensé, par contre, en lui faisant tracer mécaniquement avec le crayon des noms d'objets sur le papier on ne peut arriver à lui suggérer l'idée de ces objets.

Quand on lui fait passer des lettres devant les yeux, elle dit ne pas les voir. Si on lui demande ensuite de penser à une lettre, il n'y a aucun rapport entre la lettre qu'elle choisit et celle qu'on lui a présentée.

Elle voit encore de l'œil gauche pour se diriger dans la salle, ou suivre une personne.

8 novembre. — La malade est reprise de douleurs de tête analogues à celle qu'elle avait autrefois, cette douleur est continuelle nuit et jour, mais plus forte vers trois à quatre heures du matin jusqu'à midi, elle se calme un peu le soir, douleur localisée au vertex, au front, aux tempes et au-dessus des yeux, s'irradiant un peu en arrière vers la nuque. C'est au vertex que la douleur est maxima. La pression est très douloureuse au niveau du vertex et au-dessus des orbites. Douleurs dans les extrémités des membres survenant à des heures irrégulières. Elancements douloureux qui durent pendant 5 à 6 minutes et augmentés par la pression. Lorsque la crise douloureuse a pris fin, la malade n'éprouve

plus rien ni spontanément, ni à la pression. Les douleurs apparaissent aussi dans le talon, les doigts de pied et les articulations des membres inférieurs. Douleurs continuelles dans le dos et au creux épigastrique.

Elle vomit tous les médicaments, de la bile, mais non ses aliments.

De l'œil droit, elle ne distingue pas le jour de la nuit, les lumières que l'on fait passer devant les yeux ne sont pas vues. De son lit avec l'œil gauche, elle distingue la lumière de la fenêtre, mais elle ne voit pas les barreaux ni les objets qui sont à côté. Elle distingue comme une ombre, les personnes qui passent entre son lit et la fenêtre. Lorsqu'on lui montre les doigts, elle distingue une ombre mais ne peut les compter.

15 *novembre*. — A cause des douleurs persistantes, des troubles visuels et des vomissements, on se décide à une intervention chirurgicale. Trépanation au niveau de la bosse pariétale droite, ouverture de 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large, os épais et dur. Pas d'incision de la dure-mère, on ne constate pas de tumeur. Drainage à la gaze iodoformée et suture de la peau. Immédiatement après l'opération la malade a pu compter les doigts qu'on lui montre.

Le lendemain la vision est identique aux jours précédents pas de douleurs du côté gauche de la tête, elle prétend relever plus facilement la paupière gauche.

19 novembre. — Pas de douleurs à gauche, mais douleurs à droite des mouvements du globe oculaire droit sont douloureux.

24 novembre. — La malade soulève plus facilement la paupière gauche. Elle peut compter les doigts à plusieurs reprises. Elle se plaint toujours de souffrir du côté droit de la tête et de l'œil droit. Se plaint aussi depuis deux jours d'entendre des bruits dans la tête.

13 décembre. — On fait une ponction rachidienne qui donne issue à 20 centimètres cubes de liquide citrin très clair, cette ponction n'a été suivie d'aucun phénomène spécial. La malade dit que la douleur de tête a un peu diminué. La portion correspondante à la trépanation s'est affaissée et la surface est devenue concave comme si le cuir chevelu avait été aspiré.

17 décembre. — La malade se plaint de douleurs de tête très vives, avec battements sur le sommet du crâne et insomnie. La partie trépanée est déprimée considérablement. La sensibilité est redevenue normale au bras droit et à la jambe droite, celle-ci est un peu douloureuse.

L'acuité visuelle est telle que le sujet peut compter encore les doigts de la main, mais un peu moins bien qu'avant l'opération. A ce moment la *malade quitte l'hôpital*.

A un premier interrogatoire la malade accuse de l'insomnie, de fortes douleurs de tête avec exacerbations nocturnes de vertige, des vomissements, des bourdonnements

d'oreilles, elle se plaint qu'elle voit double, qu'elle voit la moitié des objets; elle a constaté un affaiblissement progressif de la vue, une faiblesse croissante dans le membre gauche qui est insensible et le siège de fourmillement; à gauche également elle perçoit mal les impressions sensorielles (goût, odorat, ouïe, vue). La mémoire a diminuée, son caractère est devenu irritable et elle nous dit que M. Panas a constaté une atrophie optique gauche.

Quand on l'examine, on est de suite frappé de la chute de la paupière supérieure droite et on vérifie facilement tous les troubles qu'elle accuse. Un tel ensemble de symptômes fait penser de suite à une lésion organique.

Les tumeurs cérébrales sont souvent présumées avec moins de signes qu'accuse notre malade.

Nous nous croyons donc en droit d'affirmer qu'il s'agit là d'un néoplasme intra-crânien. Mais l'étude plus approfondie de l'observation de la malade nous fait voir que quelques-uns des symptômes ne peuvent être rattachés à la lésion organique. En effet, nous rappellerons que le réflexe pharyngien est totalement aboli, tandis que les autres réflexes sont plutôt exagérées; que l'hémianesthésie est exactement limitée à la moitié gauche du corps. Qu'elle est accompagnée du même côté de troubles sensoriels, qu'il s'agit là de troubles sensitifs non pas superficiels mais profonds puisque les mouvements forcés que l'on fait exécuter aux membres malades, non seulement ne provoquent an-

eune gêne, mais ne sont même pas perçus par la malade ; elle ne se rend pas compte de la position qu'on donne à ses membres.

En outre, nous avons vu que cette anesthésie était influencée par la suggestion à l'état de veille, qu'il suffisait de faire passer un courant galvanique dans le membre anesthésié pour que le courant, la piqure soient perçus. Phénomènes que l'on ne constate pas dans une hémianesthésie de cause organique.

Il en est de même pour le trouble du sens musculaire vu la description que nous en avons donné.

Nous sommes donc bien forcés d'admettre puisque une lésion organique ne suffit pas à expliquer ces phénomènes tels qu'ils se présentent, qu'il existe à côté d'elle la névrose. Et nous savons bien que c'est précisément dans l'hystérie, que l'on voit ces hémianesthésies modifiées par une influence suggestive quelconque.

La connaissance de cette association de deux affections observées, ne peut malheureusement chez notre sujet, être d'une grande importance thérapeutique, car si nous pouvons par un traitement psychique faire disparaître les symptômes, peu gênants d'ailleurs, qui se rattachent à l'hystérie il restera, d'où la gravité du pronostic, la lésion organique profondément située, laquelle ne pourra être attaquée chirurgicalement. L'intervention qui a eu lieu, avait pour but de

diminuer les phénomènes de compression de façon à soulager la malade qu'un traitement antisyphilitique n'avait pas amélioré.

Il n'en est pas moins intéressant de faire cette dissociation, car dans d'autres cas, si l'on se contentait de diagnostiquer l'une ou l'autre des deux maladies, on risquerait fort des erreurs de pronostics préjudiciables au malade. Si d'une part on rattache tout à l'hystérie, on échouera certainement en grande partie dans le traitement suggestif et on risquera de ne pas faire bénéficier le malade d'une intervention dans le cas d'une tumeur accessible. D'autre part, si l'hystérie est méconnue, les symptômes qu'elle engendre pourront conduire à une localisation fausse de la tumeur.

II^e OBSERVATION

HÉMIPLÉGIE INFANTILE D'ORIGINE CÉRÉBRALE ET HYSTÉRIE

Monsieur X..., consulte, le 3 février, pour son fils âgé de 3 ans et demie.

Antécédents héréditaires. — Monsieur X..., père du petit malade, jouit d'une bonne santé. La mère de l'enfant, vu par M. Rabinski, a été atteinte de myélite-transverse 11 mois après la naissance de son fils. Elle est morte en 1893.

Antécédents personnels. — L'enfant a commencé à marcher à l'âge de quatre ans et le père dit que le côté droit du corps a toujours été plus faible que le côté gauche.

Au point de vue intellectuel l'enfant aurait montré une grande précocité ; à l'âge de 15 mois il parlait déjà d'une façon très intelligible, comprenait ce qu'on lui disait et se faisait comprendre facilement.

Depuis deux ans, la santé de l'enfant qui jusqu'alors, sauf ce que nous venons de mentionner, n'aurait subi aucun trouble, a été quelque peu atteinte ; la perturbation a consisté en une modification dans l'état psychique, de temps en temps sans cause appréciable, ou parfois quand l'enfant voit quelqu'un rire, il est pris d'accès de pleurs, qui durent plus ou moins longtemps. D'autre part l'enfant qui comme nous l'avons dit, s'était rapidement développé au point de vue intellectuel, paraît éprouver plus de difficultés dans les études scolaires que les enfants de son âge. En décembre 1895 se manifestèrent pour la première fois des crises nerveuses qui survinrent sans cause apparente et qui présentèrent les caractères suivants : Le malade ressent des douleurs vives qui se déplacent d'un instant à l'autre : il frappe alors avec la main le point endolori et ces mouvements, dit-il, sont indépendants de sa volonté. Quand la douleur occupe la région lombaire l'enfant exécute des mouvements alternatifs de flexion et d'extension du corps ; il fait l'*arc de cercle* ; il ne perd jamais connaissance, joue immédiatement après la crise et ne laisse pas échapper son urine.

M. Babinski constate en examinant l'enfant, une pâleur

excessive, un aspect chétif et anémique ; une monoparésie crurale droite : le membre inférieur droit est plus grêle que le gauche, le pied droit est un peu tombant, l'enfant ne le fléchit qu'avec une certaine difficulté, la flexion des orteils sur le métatarse est extrêmement limitée ; la marche pourtant est assez facile et lorsque le pied est chaussé on note seulement une très légère claudication qui pourrait passer inaperçue si l'attention n'était pas dirigée de ce côté, la contractilité faradique des muscles des membres inférieurs est normale. Le reflexe rotulien du côté droit est manifestement plus fort que le reflexe rotulien gauche ; le chatouillement de la plante du pied droit produit l'extension des orteils (phénomène des orteils) (1), tandis que du côté gauche le chatouillement de la plante du pied est suivi d'une flexion des orteils. Pas de troubles de la sensibilité. Pas de troubles trophiques. Pas de troubles sensoriels.

Le membre supérieur droit est doué à peu près de la même vigueur que le membre supérieur gauche, toutefois l'enfant se sert plus volontiers du bras gauche que du bras droit, il faut noter aussi que le reflexe du triceps brachiale droit est un peu plus fort.

Il n'y a pas d'autres phénomènes somatiques.

Aucun stigmate permanent d'hystérie.

(1) Babinski (Société médicale des hôpitaux, 22 février 1896).

Dans la soirée du 3 février, l'enfant a eu une crise nerveuse qui a évolué de la manière suivante ; au moment du dîner, vers 6 heures et demie, le petit malade a commencé à éprouver une sensation de picotement dans le dos, signe précurseur de l'accès et il lui fut possible pourtant de faire une assez longue promenade et de se rendre avec son père chez le docteur Babinski ; la crise a éclaté 5 minutes après son arrivée. L'enfant a commencé à présenter des contractions bilatérales des muscles de la face, n'ayant du reste aucun caractère de convulsions épileptiformes, puis il se mit à crier et à se frapper la poitrine. il était jusqu'à ce moment assis sur un fauteuil. Notre maître dit alors, nous allons coucher l'enfant sur le divan et il exécutera des mouvements du tronc en arc de cercle ; l'enfant étendu exécute en effet, immédiatement, les mouvements en question. Pendant tout ce temps le malade était conscient de ce qui se passait, ouvrait la bouche, tirait la langue, etc.. quand on le lui commandait. Les traits ne présentaient aucune altération ; puis M. Babinski dit au père ; cet état n'est pas pas grave, si ces crises se renouvellent il faudra vous séparer de votre fils et le placer dans une maison de santé. Au moment même où ces dernières paroles sont prononcées la crise se termine, l'enfant revient à son état normal sans éprouver aucune fatigue. Cette crise est la seule que l'enfant ait eu le 3 février, jour où il était venu de province à Paris ; la veille il en avait eu une quinzaine.

L'enfant dit lui-même que certainement le lendemain il en aurait un grand nombre.

Pendant et après la crise les reflexes tendineux ont été explorés et ils sont restés ce qu'ils étaient avant.

Ces crises surviennent à différents moments de la journée. Le matin au réveil il en a presque toujours une, mais la crise n'apparaît qu'après le réveil et jamais il n'en a eu pendant le sommeil. Le petit malade n'est jamais tombé brusquement et il n'a jamais eu d'accès dans la rue. Quand il lui arrive d'éprouver au dehors un signe précurseur de l'accès, il a toujours le temps d'entrer à la maison.

Le traitement prescrit est le suivant : pratiques hydrothérapiques, préparations arsenicales, quassia amara. De plus on fait observer à l'enfant que si son état ne s'améliore pas immédiatement on le séparera de son père pour le placer dans une maison de santé (mode de suggestion).

Le 20 mars 1896 on ramène l'enfant ; les premiers jours qui ont suivi la visite du 3 février il a eu plusieurs grandes crises, il se levait ou plutôt sautait de son lit, il remontait en sautant « comme s'il avait fait de la voltige » dit le père, criait à l'assassin. Mais bientôt son état s'améliorait d'une manière très notable et les crises ne tardent pas à diminuer d'intensité et de fréquence.

Pas de modifications dans les phénomènes somatiques.

Il revient encore le 27 juin 1896. Depuis le mois d'avril

l'enfant est presque complètement à son état normal, toutefois il lui arrive encore presque tous les soirs au moment de se coucher ou bien encore sous l'influence d'une émotion d'éprouver en telle ou telle partie du corps une sensation de fourmillement qui ne dure qu'un instant et qui paraît être un vestige des troubles qu'il a présentés.

Les phénomènes objectif, phénomène des orteils, atrophie des muscles, etc., se trouvent dans le même état.

Diagnostic. — Hémiplegie infantile d'origine cérébrale et hystérie. Cette hémiplegie infantile ne peut pas avoir pour origine une polymélie antérieure, l'absence de trouble dans la contractibilité électrique, l'exagération des reflexes le prouvent. Il s'agit incontestablement d'une lésion organique de l'encéphale, l'exagération des reflexes tendineux des membres supérieur et inférieur droit, le phénomène des orteils constituent des arguments qui nous paraissent péremptoirs.

Les crises nerveuses auxquelles était sujet l'enfant, présentaient tous les caractères des crises hystériques. Donc nous concluons à l'association de ces deux maladies.

III^e OBSERVATION

SYPHILIS. — ARTHRITE SÈCHE. — HYSTÉRIE.

Le nommé Eugène G..., âgé de 37 ans, coutelier, est entré à la Pitié, salle Roslan, le 28 décembre 1895.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de sénilité. Père mort paralytique à 41 ans, d'après les renseignements. peut-être de sclérose latérale amyotrophique. Grand-père mort paralysé. Un oncle mort comme le père, paralytiques. Ont été onze enfants. Sept seulement sont vivants et bien portants. Trois sont morts en bas âge, une sœur était hystérique, elle est morte phthisique.

Antécédents personnels. — Dans sa jeunesse, il a eu la rougeole, la scarlatine, la variole. A l'âge de 22 ans, en Tunisie il a été atteint de la malaria. En 1885, contusion du pied gauche. Dans une charge de cavalerie à Sfax, son cheval a été tué et l'a entraîné sous lui; son pied a été pris dans

l'étrier et il n'a pu se relever à cause de la douleur et de l'impotence : pas de perte de connaissance. Après un mois d'immobilisation dans un appareil de Scultet, à l'hôpital militaire, il a pu marcher comme auparavant, il a seulement constaté une dépression au niveau de la malléole externe gauche.

En 1890, syphilis; chancre sur le fourreau, plaques muqueuses sur les lèvres, roséole, croûtes dans les cheveux, alopecie. Le traitement a été négligé, il n'a jamais pris de mercure, seulement de l'iodure de potassium et encore à des intervalles très espacés. En 1892, attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, ayant duré 15 jours; à cette époque, le malade commence à éprouver quelques douleurs fulgurantes dans les jambes et des douleurs en ceinture. En même temps il constate une faiblesse au côté gauche et s'aperçoit que la jambe gauche diminue de volume. La marche devient difficile, le malade ne peut se soutenir sur la jambe gauche.

Etat actuel. — Le malade se plaint de ressentir depuis six semaines des douleurs fulgurantes, surtout marquées pendant la nuit et siégeant dans les jambes. Ces douleurs durent toute la nuit. Il accuse une constriction thoracique avec légères douleurs dans les membres supérieurs.

La sensibilité de la jambe droite est conservée. Pendant la marche il ne sent pas le sol sous le pied droit; la sensibi-

lité de la jambe gauche est diminuée au point que le malade se heurte sans s'en apercevoir et est tout surpris de constater une ecchymose. A la moitié gauche du tronc et au membre supérieur gauche, la sensibilité est également diminuée. Au côté gauche de la face il y a diminution et retard de 3 secondes dans la perception de la piqure. Le froid est peu senti à gauche, tandis qu'il l'est nettement à droite.

Le sens musculaire est aboli des deux côtés. Si l'on fait croiser les jambes, le malade ne peut dire quelle est la jambe qui est au-dessus de l'autre. Il ne peut pas se tenir debout les yeux fermés et a la sensation d'effondrement.

Il marche en fauchant légèrement, boîte de la jambe gauche. Incordination des mouvements des membres supérieurs et des membres inférieurs.

Pas de tremblements ni aux mains ni aux pieds.

Diminution de la force à gauche, Sensation de poids mal perçue du même côté.

Il est obligé de se lever plusieurs fois pendant la nuit pour uriner, il n'a pas de rétention mais il reste un certain temps avant de pouvoir émettre l'urine.

Les réflexes rotuliens et crémastérien sont conservés.

Le réflexe palmaire droit est peu prononcé, celui de gauche paraît nul. Le réflexe pharyngien n'est pas aboli, mais il est très affaibli.

L'articulation du pied gauche est déformée, elle mesure dans son diamètre transversal, 4 centimètres de plus qu'à droite, la saillie de la malléole externe gauche est presque complètement effacée : au lieu d'une saillie conoïde comme à droite, on a une large surface aplatie. Au lieu de la dépression normale sous-malléolaire, on trouve une surface dure ligneuse.

L'articulation n'est pas douloureuse, on sent de petites saillies arrondies probablement des ostéophytes. Les mouvements sont accompagnés de craquements secs, rudes que la main perçoit en faisant mouvoir l'articulation.

Le malade se plaint de raideur, le matin quand il se lève, raideur qui persiste pendant les premiers moments de la marche, il est, pendant quelques heures, comme « rouillé ».

Le membre inférieur gauche est plus faible et plus petit que le droit et voici les dimensions. Le mollet droit a 29 centimètres de circonférence, le gauche 25 centimètres, au-dessus du genou on trouve 30 centimètres à droite et 28 à gauche. Au tiers supérieur de la cuisse on mesure à droite et à gauche 39 centimètres. Au membre inférieur gauche, la contractibilité électrique est diminuée. Pas de réaction, de dégénérescence, pas de secousses fibrillaires.

L'acuité visuelle est moindre à gauche et le champ visuel est rétréci du même côté.

Augmentation du sens génésique.

Diminution de la mémoire et parole un peu difficile.

29 *janvier* 1896. — On soumet le malade au traitement mercuriel (4 grammes d'onguent napolitain en frictions quotidiennes) et à l'électrisation. On lui suggestionne à l'état de veille que l'hémianesthésie disparaîtra après le passage du courant électrique et effet après quelques minutes d'électrisation, on constate que la sensibilité est revenue normale dans le membre gauche.

11 *février*. — Le malade n'a plus eu de crises de douleurs fulgurantes, la sensibilité est restée normale, il sort sur sa demande 15 jours après.

Nous sommes donc en face d'un malade qui a eu une contusion du pied gauche en 1881, qui a contracté la vérole en 1890, a eu une attaque de rhumatisme généralisé en 1892, qui se présente à nous en décembre 1895, avec une arthrite libiotarsienne, avec atrophie du membre inférieur gauche et une hémianesthésie de la moitié gauche du corps face comprise, le malade accuse en outre, des douleurs fulgurantes, un effondrement des jambes, de l'anesthésie plantaire, de l'incordination motrice des membres supérieurs et inférieurs. Pouvons-nous rattacher tous ces symptômes à une seule maladie, la syphilis?

Sans pouvoir affirmer, vu les renseignements incomplets que la polyarthrite de 1892 est due au rhumatisme aigu franc

généralisé, il ne nous semble pas impossible qu'elle ait été de nature syphilitique.

L'arthrite-tibio-tarsienne est-elle de nature syphilitique? On peut le croire à cause de *l'indolence de l'articulation* du gonflement, de l'absence d'impotence fonctionnelle pouvant la classer dans le deuxième type des arthropathies syphilitiques de Paul Méricamp, ou la pseudo-tumeur blanche syphilitique de Fournier. Mais contre la syphilis nous avons l'absence des *douleurs à la pression des épiphyses*. La présence des ostéophytes, les troubles du début de la marche.

Les autres symptômes que présente la malade ne peuvent pas être rattachés à la syphilis.

Le malade avait une hémianesthésie qui guéri par suggestion hémianesthésie associée à une abolition du reflexe pharyngien à un rétrécissement du champ visuel et à une diminution de l'acuité visuelle. Ce sont là des symptômes qui relèvent de l'hystérie.

Le malade se plaint de douleurs fulgurantes, d'effondrements de jambes, d'anesthésie plantaire, d'incordination motrice, de perte du sens musculaire, de parésie vésicale, etc. S'agit-il d'un cas de tabes? Nous ne croyons pas. C'est vrai qu'il est difficile de rencontrer un complexe symptomatique qui ressemble davantage à celui de la maladie de Duchenne. Mais notre malade est certainement un hystérique, l'hémianesthésie, l'abolition du reflexe pharyngien, le

rétrécissement du champ visuel, la perte du sens musculaire, le prouvent aisément. Or, dans l'hystérie nous avons des douleurs fulgurantes analogues à celles du tabes, les observations de Huchard, Pitres et autres auteurs le prouvent. L'incordination motrice n'a pas les caractères de celle du tabes, le malade ne talonne pas en marchant, l'anesthésie du pied droit, accompagnée d'une hémianesthésie totale gauche est de nature hystérique. La perte du sens musculaire, la parésie vésicale se trouvent également dans les symptômes de l'hystérie. Notre malade étant hystérique, nous croyons pouvoir considérer ces symptômes comme relevant de la névrose. D'autre part, le malade ne présente aucun des signes caractéristiques du tabes, à savoir l'atrophie papillaire, le signe de Robertson, de Westphal, de Romberg, il n'a du tabes que les symptômes superficiels sensitifs et moteurs, or, ceux-ci sont aussi fréquents dans l'hystérie que dans le tabes.

L'arthropathie n'étant pas de nature syphilitique, est-elle d'origine hystérique? Nous ne le croyons pas. Les symptômes qu'elle présente sont ceux d'une arthrite sèche.

Nous concluons donc à une association de l'hystérie avec une arthrite sèche chez un syphilitique.

OBSERVATION IV

MALADIES DES TIES ET HYSTÉRIE

Le nommé J... (Paul), âgé de 33 ans est entré à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Babinski.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel était fou. Père mort à 40 ans, il n'était pas alcoolique. Mère hystérique morte subitement d'une maladie de cœur.

Il a un frère atteint d'un tic non douloureux de la face.

Antécédents personnels. — Il a eu à l'âge de six ans, la coqueluche, à 10 ans, il commence à avoir des contractions convulsives à la face ; survenues sans cause appréciable. A 16 ans une pleurésie du côté gauche qui a duré trois mois. A 20 ans une blennorrhagie et trois récidives.

En quittant le service militaire il a fait des excès de boisson.

Pas de syphilis-Pédérastie.

Pendant la convalescence de sa pleurésie il a eu pour la première fois une attaque de nerfs identique à celle qu'il présente actuellement.

Elle débute par une sensation de froid, de picotement et de paralysie du pouce gauche, cette sensation se propage à l'avant bras, au bras, à la moitié-gauche du tronc puis au membre inférieur gauche. Elle est suivie d'une contraction tonique des membres, du tronc, du cou et de la mâchoire ; les doigts sont fortement fléchis et le pouce est en pronation. La raideur du bras gauche précède toujours les contractions pendant un temps variant entre cinq et dix minutes. Cette contraction est suivie d'un tremblement qui dure quelques secondes. Pendant la période de contracture le côté gauche est plus raide que le droit, et ensuite c'est le côté droit qui tremble davantage. Une seconde contraction suivie de tremblement se produit immédiatement après, d'une durée un peu plus longue. De nouvelles attaques se reproduisent les unes après les autres étant chaque fois de plus longue durée, puis elles diminuent graduellement d'intensité et de durée.

Les crises durent quelque fois pendant deux heures.

Au commencement elles survenaient tous les deux mois. A l'âge de 20 ans, pendant une année de service militaire il n'a eu que trois attaques.

Après qu'il a quitté le service il a fait un héritage, et a commis des excès de tout genre ; alors les attaques sont devenues plus fréquentes ; une fois tous les deux mois. Il y a trois ans, à la suite d'une forte crise avec perte de connaissance il n'a pu marcher sans l'aide de béquilles, cette impotence a duré sept mois : il s'est rétabli peu à peu sous l'influence du bromure de potassium. Depuis, il a eu, quelques petites attaques et en 1894 une nouvelle avec perte de connaissance et difficulté de la marche.

Cinq mois plus tard il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Quand le malade est assis il paraît au premier abord assez calme, mais en l'examinant de plus près on voit de temps en temps la figure grimacer. Bientôt les mouvements s'accroissent d'avantage. Tout à coup il porte vivement la main droite à la face et tout en grimaçant il exécute avec cette main un certain nombre de petits mouvements comme pour se frotter la joue, le nez, se tirer la moustache, boutonner son veston, etc. Tous ces petits mouvements sont toujours les mêmes, il les accomplit par séries interrompues par des intervalles de calme parfait mais ni dans leur exécution ni dans l'ordre suivant, lequel ils se succèdent, on ne constate aucun rythme. Dans l'intervalle des crises tantôt il reste tranquille, tantôt il est en proie à une véritable agitation et semble ne pouvoir tenir en place.

Si on lui dit d'écrire il prend la plume mais avant d'écrire

il paraît réfléchir, ses grimaces s'accroissent et il porte souvent la main droite à la moustache. Il écrit correctement et régulièrement. La lecture le fatigue rapidement, car sa vue diminue,

Si on lui dit de se lever et de marcher aidé par des personnes qui le soutiennent par le bras on constate que sa jambe gauche est raide et traîne à terre tandis que la jambe droite est prise d'un tremblement tel qu'il sautille sur cette jambe. Au membre inférieur gauche. On constate jusqu'au tiers inférieur de la cuisse une abolition de la sensibilité à la douleur, bien que la sensibilité au tact soit conservée ; le froid et la chaleur sont perçus 20 secondes après le contact, le retard n'est que de 10 secondes pour les deux tiers supérieurs de la cuisse pour la chaleur et le froid.

Le sens musculaire est conservé.

Au membre inférieur droit, même retard dans la perception du froid et de la chaleur ; de plus l'application d'une allumette à la jambe et au tiers inférieur de la cuisse produit l'effet d'une piqûre ; à la partie supérieure de la cuisse la chaleur est perçue.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Au tronc la sensibilité du côté gauche est un peu émoussée

Une zone anesthésique au tact à la douleur au froid et à la chaleur se trouve sous le mamelon gauche s'étendant

jusqu'au rebord des fausses côtes. Au côté droit la pique d'une épingle n'est pas perçue, il y a retard appréciable dans la perception du froid, et la chaleur d'une allumette produit l'effet d'une pique. Aux membres supérieurs, l'altération de la sensibilité est répartie par zones, ainsi au bras gauche la sensibilité au tact, à la chaleur, à la douleur et au froid est abolie partout sauf au pli du coude et à la partie inféro-interne où elle est normale ; à l'avant-bras du même côté la sensibilité est conservée dans les trois quarts supérieurs de la partie antérieure. Abolition complète dans le reste de l'avant-bras.

Au bras droit anesthésie de la partie antérieure.

Dans la moitié gauche de la face, anesthésie totale.

Anesthésie succale et perte du goût. Le reflexe pharyngien est aboli.

Le malade n'apprécie aucune odeur sauf celle de l'éther.

Dyschromatopsie : le violet pour lui est bleu, le vert est jaune, et le rose est rouge.

Retrécissement du champ visuel.

Hyperesthésie rachidienne.

Il répète toujours le même mot, pendant un certain temps son caractère est devenu un peu triste et il a une amnésie des choses récentes.

En présence de ces symptômes nous pensons qu'une grande partie d'entre eux seront améliorés par l'hypnotisme.

Après trois essais nous l'endormons d'un sommeil profond et nous lui affirmons avec instance qu'il peut marcher comme tout le monde, sans sautiller, sans trembler, en effet il obéit à notre suggestion et il marche parfaitement bien. Nous lui assurons qu'à son réveil il sera guéri et que la marche sera aussi bonne qu'avant la première attaque. Nous lui suggérons également qu'il sentira le froid et le chaud aussitôt qu'ils seront appliqués. A son réveil nous constatons que la marche est redevenue normale mais qu'il y a encore un retard de 15 secondes dans la perception de la chaleur ; le lendemain nouvelle séance de suggestion dans l'état hypnotique, il n'y a plus que 10 secondes de retard dans la perception de la chaleur. Enfin au bout de quelques jours tout retard a disparu. A plusieurs reprises nous avons essayé de faire par suggestion disparaître les tics de la face mais nous n'avons jamais pu y parvenir. Et quand le malade a quitté l'hôpital quelques semaines après les troubles de la sensibilité et de la marche avaient totalement cessé mais les tics persistent. Nous avons revu le malade il y a quelques jours, un an après son premier séjour à l'hôpital ; la marche est normale et par la suggestion nous pouvons la faire réapparaître sautillante comme lorsqu'il s'est présenté à nous pour la première fois, les troubles de la sensibilité ont reparu, les tics ont persisté.

Depuis la constatation des symptômes précédents nous

croyons que nous sommes en présence d'un cas de maladie des tics associée à l'hystérie. En effet les tics qui dépendent de l'hystérie, ont un début brusque, se déclarent après une attaque, une violente émotion. Chez notre malade comme cela s'observe habituellement dans la maladie des tics le début a été lent et a précédé de longtemps sa première attaque d'hystérie. L'évolution est également différente ; dans l'hystérie, les manifestations épisodiques comme les mouvements involontaires sont presque toujours curables tandis que la maladie des tics est tenace, chez notre malade par différents moyens de traitement on est arrivé à faire disparaître tous les autres symptômes, à l'exception des tics. Notre malade prononce quatre ou cinq fois de suite un son articulé, le mot oui et cela malgré soi quelque effort qu'il fasse pour ne pas le prononcer, le tic hystérique ne s'accompagne que d'un son inarticulé.

Il n'est pas toujours facile de faire, comme chez notre malade la dissociation des deux maladies et pourtant elle est d'un grand intérêt car le pronostic est tout différent suivant le cas. Si les mouvements involontaires sont de nature hystérique on peut espérer les faire disparaître tandis que s'il s'agit d'une manifestation de la maladie des tics, elle est incurable.

V^e OBSERVATION

ATROPHIE OPTIQUE ET HYSTÉRIE

La nommée R. (Jeanne), mariée, âgée de 42 ans, blanchisseuse est entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Grisolia, le 27 avril 1895.

Antécédents héréditaires. — Père très irritable, mort à 35 ans, d'accident, Mère morte à 82 ans de bronchite chronique, Elle a eu deux enfants ; pas de fausse-couche. L'un est mort à 24 ans de tuberculose pulmonaire. L'autre est la malade qui fait le sujet de notre observation.

Pas d'accidents névropathiques dans la famille.

Antécédents personnels. — Incontinence d'urine jusqu'à l'âge de 4 ou 5 ans. Pas de maladie de l'enfance. Réglée à 12 ans, irrégulièrement tous les 3 ou 6 mois, jusqu'à 25 ans. Attaques convulsives ayant débuté à 11 ans, se reproduisant à chaque menstruation. Ces attaques se manifestent par une chute brusque avec perte de connaissance cessant quand on lui jette un peu d'eau à la figure. Les crises ont disparu à 25 ans.

A 17 ans elle est accouchée d'un enfant, actuellement vivant.

Vers l'âge de 18 ou 20 ans elle a perdu ses cheveux pendant un an. A 24 ans, pustule maligne à la partie interne de la cuisse droite. A 31 ans, une fausse-couche de 6 mois. Un mois et demi après elle a eu une ulcération à la partie supérieure gauche de la poitrine; une autre au côté gauche du cou et de la face, qui a persisté un an, et ayant guéri en trois semaines sous l'action d'un dépuratif (?).

Ménopause à 47 ans.

Il y a 10 ans, elle a été soignée à la Pitié pendant trois mois pour des douleurs au creux épigastrique et dans le dos, accompagnées de vomissements sanglants. Elle a été soumise au régime lacté.

En 1890 elle resta 3 mois dans le service de M. Pozzi pour métrite et vaginite. Depuis elle a encore des pertes blanches sans hémorrhagies.

En 1892, elle s'aperçoit que la vue est moins bonne à droite et deux ans après la vision a disparu presque complètement. Elle va à la clinique de M. Abadie de juillet 1893 à juillet 1894, puis à l'Hôtel-Dieu chez M. Panas et voici le résultat de l'examen ophtalmoscopique.

Ceil droit : atrophie optique sans lésion vasculaire.

Ceil gauche : papille normalement colorée, plaque blanche maculaire paraissant résulter d'une hémorragie ancienne.

En 1895, un mois environ avant son entrée dans la salle Grisolle: la vision à gauche commence à diminuer.

Etat actuel. — La malade accuse une faiblesse de tout le côté droit ; pourtant elle résiste aussi bien du côté droit que du côté gauche quand on s'oppose aux mouvements commandés. La contractilité faradique est la même des deux côtés.

Les reflexes tendineux sont très forts peut-être un peu plus fort au genou gauche.

Pas d'épilepsie spinale.

Les reflexes pupillaires sont conservés des deux côtés.

La pupille ne se modifie pas quand on dit à la malade de regarder à des distances variables et ses yeux ne convergent pas quand on veut lui faire voir un objet très rapproché, elle est presbyte.

Reflexe pharangien aboli.

Polgurie sans albuminurie. Palpitations.

Diminution de la sensibilité au tact, à la température à la douleur et à l'électricité du côté droit, hypéresthésie de l'ovaire droit, diminution du goût et de l'ouïe dans la moitié droite, elle entend mieux le tic-tac d'une montre quand elle est près de son oreille, que quand elle est appliquée sur le front.

La main gauche est très légèrement œdématisée et un peu plus colorée que la droite.

Le soir, le pied gauche serait un peu plus œdématisé que le droit.

Rien de particulier dans les autres organes.

Cette maladie a été hypnotisée et au bout de trois ou quatre séances de suggestion la sensibilité est revenue.

Le 30 avril, la malade quitte l'hôpital pour affaires de famille.

Cette malade est donc atteinte d'une affection organique des yeux, constatée à l'ophtalmoscope, une atrophie optique de l'œil droit et une plaque blanche, résultant d'une hémorragie ancienne à l'œil gauche.

Elle présente en outre les symptômes suivants : hémiparésie, hemianesthésie droite, hyperesthésie ovarienne, altérations sensorielles, tous symptômes limités à un seul côté du corps. Nous les rattachons facilement à l'hystérie. La disparition rapide de l'hémianesthésie par suggestion, nous impose ce diagnostic. Hystérie concomittante à une atrophie optique.

Nous concluons donc à une association.

VI^e OBSERVATION

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE. -- HYSTÉRIE.

Le nommé Henri P..., âgé de 19 ans, typographe, est entré à la Pitié, salle Rostan, le 26 janvier 1896

Antécédents héréditaires. — Père mort à 41 ans, d'une tumeur abdominale. Pas d'alcoolisme. Mère nerveuse, a des attaques; elle tombe raide et se débat. Elle a eu un accouchement prématuré de 7 mois, onze enfants morts : un à 4 ans, de myélite, un autre à 5 ans, de fièvre cérébrale, les neuf autres sont morts avant d'avoir atteint l'âge de deux mois.

Antécédents personnels. — Jusqu'à 5 ans, il ne parlait ni ne marchait, il était idiot. Convulsions de 6 à 8 ans. Adénite cervicale non suppurée à 10 ans et en même temps écoulement purulent par le nez et les oreilles, l'oreille droite a suppuré pendant un an, le nez pendant un mois et demi.

Adénite suppurée des ganglions axillaires. Incision, Ostéopériostite non suppurée des deux jambes. Pour ces diverses affections, il est resté deux ans aux Enfants malades dans le service de M. de Saint-Germain, qui le soignait comme syphilitique héréditaire. A l'appui de ce diagnostic venaient les otites moyennes suppurées, les troubles de la dentition (dents d'Hutchison). Enfin plus tard il accuse des troubles oculaires.

De 12 à 13 ans, il a deux fluxions de poitrine, une pleurésie gauche et une péricardite. A 15 ans, nouvelle ostéopériostite non suppurée des deux jambes durant un mois et demi. A cette époque il est envoyé à M. Fournier pour une éruption cutanée reconnue syphilitique et guérie par le traitement mercurile. A la même époque également M. Panas confirme le diagnostic de syphilis héréditaire à l'occasion d'une kératite interstitielle et d'une rétinite pigmentaire, enfin il opère ce malade d'un glaucome. Comme reliquat de ces affections oculaires, le malade présente actuellement un affaiblissement de la vue.

A 16 ans, érysipèle de la face, puis paralysie du bras gauche durant deux mois et demi, accompagnée d'atrophie musculaire et guérie par l'électricité.

Le malade a eu des attaques convulsives avec perte de connaissance, de 10 à 11 ans, jusqu'à il y a deux ans.

Il y a 10 mois, apparut un chancre dans le sillon talano préputial, survenu 15 jours après le coït suspect, n'a duré que 10 jours et avait tous les caractères d'un chancre mou; traité par application d'iodoforme, il n'a été suivi d'aucun accident secondaire sauf une éruption restée indéterminée car le malade n'a consulté personne.

Il y a 3 mois, blennorrhagie, elle dure encore.

Il dit avoir eu des douleurs fulgurantes.

Etat actuel. — Depuis un mois, il présente une paralysie des deux jambes survenue brusquement sans cause appréciable, la paralysie est plus accentuée à droite.

Les réflexes rotuliens sont très forts et égaux des deux côtés bien que les troubles de la motilité, de la marche, de la force musculaire soient surtout prononcées du côté droit. Les réflexes des tendons péroniers, du tendon d'Achille, des tendons de l'avant-bras, le réflexe crémastérien sont forts. Pas d'épilepsie spinale.

Le réflexe pharygien est aboli.

Quand le malade marche il incline le tronc alternativement d'un côté puis de l'autre et il se fatigue très rapide-

ment Les mouvements exécutés par le membre inférieur gauche paraissent normaux, la jambe droite se soulève très difficilement et au lieu d'être soulevé, le pied ne quitte pas le sol sans qu'il soit bien facile de préciser si c'est surtout par le côté interne du pied ou par le côté externe que se fait le frottement.

La force musculaire normale dans les membres supérieurs est diminuée dans la jambe gauche qui semble se dérober pendant la marche ; et cependant quand le malade l'étend volontairement il résiste bien aux efforts tendant à la fléchir ; cette diminution de la force musculaire est encore plus considérable dans la jambe droite que le malade ne peut soulever de terre, quand il est debout malgré des efforts considérables il ne résiste que très peu aux pressions tendant à la fléchir.

Diminution de la sensibilité à la douleur, à la chaleur, à l'électricité, dans tout le côté droit du corps.

Le goût est aboli totalement ; la quinine n'éveille aucune sensation gustative.

Le malade voit les objets doubles avec l'œil gauche.

Rétrécissement du champ visuel des deux côtés.

Il accuse des douleurs en ceinture. Il a eu des troubles trophiques aux membres inférieurs et le jour avant son entrée à l'hôpital il aurait eu pour la première fois de l'incontinence d'urine.

Les autres appareils fonctionnent normalement.

Le lendemain de son entrée on électrise les membres inférieurs ; le membre gauche recouvre facilement sa force, le droit devient un peu moins pesant et le malade debout commence à soulever la cuisse, de plus, la marche, à la suite de l'électrisation est plus facile, la pointe du pied frotte moins à terre.

Les jours suivants après les séances d'électrisation, les troubles moteurs diminuent, la marche devient presque normale le pied ne frotte plus à terre.

Le premier février l'incontinence d'urine augmente de fréquence, il émet au lit plusieurs fois dans la nuit une grande quantité d'urine, cet accident lui arrive aussi dans la journée. Il ne sent pas le besoin d'uriner et ne s'aperçoit qu'il a uriné qu'en se sentant mouillé.

On électrise le malade et on lui fait le traitement antisiphilitique : 8 grammes d'iodure et 8 grammes de pommade mercurielle par jour. Le 3 février, la polyurie persiste encore jusqu'au 8 février. 3 litres et demi d'urine en 24 heures ; l'appétit est exagéré. Il y a une véritable boulimie.

Le 11 février le malade demande à sortir.

La quantité d'urine est redevenue presque normale, la paraplegie a disparue.

Nous voyons de nouveau le malade le 12 décembre 1895, il nous apprend que l'incontinence et la polyurie ont

reparu. La nuit il lui arrive de laisser échapper ses urines en grande quantité de litres, dit-il.

Nous constatons le rétrécissement du champ visuel, surtout à gauche. Polyopie monoculaire. L'hémianesthésie a diminué mais n'a pas disparu. Anesthésie gustative olfactive. La paraplégie a reparu avec les mêmes caractères. Pas d'épilepsie spinale.

Après avoir électrisé par des courants assez forts le triceps crural droit, on commande au malade d'étendre la jambe sur la cuisse droite ; on arrive au bout de quelque temps à lui faire maintenir la jambe étendue une seconde, puis elle retombe. En le faisant marcher on voit qu'il traîne un peu moins le pied droit. Une séance d'électrisation améliore de nouveau la paraplegie. Et le malade nous quitte, ayant la démarche normale.

Ce malade de par ses antécédents héréditaires, la mère a eu une fausse couche et onze frères et sœurs sont morts avant l'âge de 2 mois), de par la série des manifestations spécifiques qu'il a présentées jusqu'à son arrivée à l'hôpital, est sans contredit un hérédo-syphilitique.

Sommes-nous aussi en présence d'une altération médullaire d'origine syphilitique qui explique la paraplegie et les autres symptômes qu'il accuse actuellement. On pourrait penser à une paraplegie spasmodique à cause de l'amplitude des réflexes rotuliens, mais nous avons des signes non équivoques d'hystérie : en effet le malade présente

une hémianesthésie totale dans tout le côté droit, abolition du goût. Diplopie. Rétrécissement du champ visuel, douleurs fulgurantes, etc.

Alors chez ce malade à la fois syphilitique et hystérique, la paraplegie est-elle organique ou hystérique? Si en faveur de la paraplegie spasmodique nous avons constaté la brusquerie des réflexes rotuliens, par contre l'épilepsie spinale le spasme musculaire font défaut et les autres réflexes des membres supérieurs sont également très forts, ce qui semble indiquer que chez notre malade, les réflexes sont normalement forts. Alors vu l'absence de signes d'une affection organique nous rattachons la paraplegie à la névrose et le traitement nous donne raison si nous faisons passer un courant électrique et suggestionnant, le malade en état de veille, nous voyons qu'après quelques jours, il marche normalement.

Vu par le Doyen :

P. BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

SRAUSS

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

